

SUR LES DIVERS ACCIDENS QUI PEUVENT COMPLIQUER

LES LUXATIONS DE L'HUMÉRUS;

THÈSE

*Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 5 juillet 1830, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR J. - B. - A. BLANDIN, d'Aubigny,

Département du Cher ;

Elève de l'École pratique ; Interne des hôpitaux et hospices civils
de Paris.



A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 15.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	MM.
Anatomie.....	CRUVEILHIER.
Physiologie.....	DUMÉRIL.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.....	CLARION.
Pharmacologie.....	GUILBERT.
Hygiène.....	ANDRAL, <i>Examinateur.</i>
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN, <i>Président.</i>
	{ ROUX.
Pathologie médicale.....	{ FIZEAU.
	{ FOUQUIER.
Opérations et appareils.....	RICHERAND, <i>Suppléant.</i>
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	
Clinique médicale.....	{ CAYOL, <i>Examinateur.</i>
	{ CHOMEL, <i>Examinateur.</i>
	{ LANDRÉ-BEAUVAIS.
	{ RÉCAMIER.
	{ BOUGON.
Clinique chirurgicale.....	{ BOYER.
	{ DUBOIS.
	{ DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens.....	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BAUDELLOCQUE.	DUBLED.
BAYLE.	DUBOIS.
BÉRARD.	GERDY.
BLANDIN.	GIBERT.
BOUILLAUD.	HATIN.
BOUVIER.	LISFRANC.
BRIQUET.	MARTIN SOLON, <i>Examinateur.</i>
BRONGNIART.	PIORRY.
CLOQUET.	ROCHOUX, <i>Suppléant.</i>
COTTEREAU.	SANDRAS, <i>Examinateur.</i>
DANCE.	TROUSSEAU.
DEVERGIE.	VELPEAU.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE,

Agrégé à la Faculté de médecine ; Chirurgien en second de l'hôpital
Beaujon, etc.

J. -B. -A. BLANDIN.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

CONSIDÉRATIONS ET OBSERVATIONS

SUR LES DIVERS ACCIDENS QUI PEUVENT COMPLIQUER

LES LUXATIONS DE L'HUMÉRUS.

LE plus souvent les luxations de l'humérus peuvent être réduites immédiatement sans de grands efforts, et alors le retour des parties à leur état normal, ou la réduction, est promptement suivie d'une guérison complète; c'est ce qu'on observe dans les luxations les plus simples. Quelquefois, au contraire, une foule d'accidens viennent compliquer ces maladies, réclamer l'emploi d'une médication spéciale, et nécessiter, de la part du chirurgien, des connaissances approfondies, beaucoup d'habileté et une grande prudence; telles sont les luxations compliquées.

Parmi les nombreux accidens qui peuvent compliquer les luxations de l'humérus, les uns s'observent aussitôt après la violence qui a déterminé cette luxation, et sont l'effet de cette même violence; on peut les appeler *primitifs*; d'autres, au contraire, ne s'observent qu'à une époque plus éloignée, et souvent sont produits par les efforts employés pour obtenir la réduction, soit que celle-ci ait été tentée et opérée aussitôt après l'accident, soit, au contraire, qu'un laps de temps variable se soit écoulé avant qu'aucune tentative ait été faite: ces derniers peuvent être désignés sous le nom de *consécutifs*.

Tous les auteurs font mention des accidens les plus communs sans y attacher une grande importance; ils ne citent guère les plus graves.

que pour en indiquer la possibilité, et encore n'en rapportent-ils que peu d'exemples. Quelques-uns de ces accidens méritent cependant toute l'attention du praticien; et l'on pourrait croire que c'est parce qu'ils n'avaient pas été assez soigneusement signalés, que des tentatives imprudentes faites dans le but d'obtenir la réduction d'une luxation y ont aussi souvent donné lieu.

Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi, et, dans un des cas particuliers que je rapporte, on verra que la réduction paraît avoir été presque entièrement étrangère à la production de la complication fâcheuse qui l'a suivie.

Passant d'abord en revue tous les accidens primitifs, je commencerai par ceux qui sont communs à toute luxation, et qui ne peuvent être regardés comme complications que lorsqu'ils ont une certaine intensité. De ce nombre sont, la contusion, le gonflement inflammatoire qui en est la suite, la déchirure de la capsule articulaire, la douleur, qui, dans quelques cas, peut déterminer des convulsions, et même le tétanos, etc. Les autres lésions primitives que l'on regarde toujours comme complications sont, 1°. les plaies, 2°. les fractures d'une ou de plusieurs des parties osseuses qui constituent l'articulation scapulo-humérale, 3°. la contusion ou la compression des nerfs qui se distribuent au membre supérieur, contusion ou compression, qui peuvent produire un simple engourdissement ou même une paralysie plus ou moins complète du membre; 4°. la compression des vaisseaux qui occasionne l'œdème, et qui, même du côté de l'artère principale, a quelquefois été portée jusqu'à la contusion de ce vaisseau.

On peut encore ranger parmi ces accidens la contraction convulsive des muscles qui entourent l'articulation, et les déplacements consécutifs qui le plus souvent en sont le résultat (1). Telles sont les

(1) Je ne puis passer sous silence la belle observation rapportée par M. *Larrey*, observation qui lui a été communiquée par le professeur *Prochaska*. La tête de l'humérus droit était engagée entre la deuxième et la

complications que je regarde comme primitives, complications dont l'effet le plus constant est de mettre obstacle à la réduction, et qui toutes réclament l'emploi de moyens curatifs variés; quelques-unes même entraînent après elles des infirmités incurables, et peuvent quelquefois compromettre les jours du malade.

Sans m'arrêter à toutes les indications curatives que réclame chacune des complications que je viens de citer, je m'occuperai ici seulement de celles qui, plus graves et plus rares, nécessitent des connaissances plus approfondies de la part du chirurgien, pour en établir sûrement le diagnostic, et pour y appliquer un traitement rationnel et efficace.

Les fractures des parties osseuses qui forment l'articulation, ou qui l'avoisinent, peuvent exister : au col de l'humérus, en dehors ou en dedans de la capsule articulaire; à la cavité glénoïde de l'omoplate, qui peut être détachée en tout ou en partie; enfin, à l'une des tubérosités, comme dans un cas que j'ai eu l'occasion de voir récemment à l'Hôtel-Dieu.

Lorsque la fracture a son siège au col de l'humérus, on doit opérer la coaptation le plus exactement possible, et maintenir le bras fixé sur la partie latérale du tronc. Toute tentative de réduction doit être abandonnée, ou du moins être ajournée jusqu'à parfaite consolidation de la fracture.

Si c'est la cavité glénoïde qui est fracturée, cas plus rare et qui suppose toujours une contusion violente de l'articulation, outre l'emploi des émolliens, des saignées et des résolutifs pour prévenir ou combattre l'inflammation qui est la suite de la contusion, il faut aussi, dans presque tous les cas, renoncer à toute tentative de réduction.

Lorsque les tubérosités ont été détachées du reste de l'os, comme

troisième côte, et toute sa masse orbiculaire faisait saillie dans la cavité de la poitrine. La pièce anatomique est conservée dans le cabinet de l'université de Vienne. (Voyez *Larrey*, Mémoire de chirurgie militaire, t. 2.)

dans le cas dont je viens de parler, où la tubérosité externe avait été arrachée, rien ne s'oppose alors à la réduction, sauf à combattre ensuite énergiquement les symptômes inflammatoires qui se seront développés (1).

Lorsque par l'effet immédiat de la contusion, de la compression ou de la distension des nerfs du plexus brachial, une paralysie aura été produite, on la combattra d'abord par la soustraction de la cause première, c'est-à-dire en opérant la réduction; ensuite sur la peau de cette région on fera des applications irritantes, telles que frictions, exutoires, cautérisations, etc. Il en serait de même pour le tétanos, dans le cas où il existerait; seulement à ces moyens on ajouterait le traitement général que nécessite cette affection.

La contraction énergique des muscles qui environnent l'articulation scapulo-humérale est une des complications les plus fréquentes, et une des causes qui rendent la réduction difficile, quelquefois même impossible, tant que cette cause existe; les plus grands efforts, dans ce cas, ne peuvent souvent déplacer la tête de l'humérus, et l'on s'exposerait à voir survenir les plus graves accidens, si l'on persistait dans l'emploi de ces moyens violens. Cette complication est combattue le plus souvent avec succès par des émissions sanguines, des bains, etc.; il faut surtout avoir soin de détourner l'attention du malade, en le forçant de répondre très-vite à de nombreuses et pressantes questions qu'on lui adresse au moment même de la plus forte extension. Ce moyen, employé d'abord avec succès par M. *Dupuytren*, est aujourd'hui généralement adopté par tous les praticiens.

Le déplacement consécutif ne peut être regardé comme complication, que parce qu'il rend la réduction plus difficile, et qu'il nécessite un mode opératoire particulier. On parvient à s'assurer que le déplacement consécutif a eu lieu, par la connaissance des circonstances commémoratives, ou bien par l'impossibilité dans

(1) M. *Atstey Cooper* rapporte un exemple d'arrachement de la petite tubérosité de l'humérus.

laquelle on se trouve de réduire la luxation en se conduisant comme si elle avait été directe ; ou bien encore lorsqu'il est le résultat des mouvemens imprimés au membre dans le but de reconnaître, ou même de réduire la luxation après qu'elle a été reconnue. Dans toutes ces circonstances, la contraction musculaire peut être regardée comme la cause la plus efficace du déplacement secondaire.

Il est nécessaire, lorsque le déplacement consécutif a été reconnu, de diriger les efforts de réduction, d'abord dans le sens suivant lequel ce déplacement s'est opéré ; puis, lorsque la tête de l'humérus a été ramenée au niveau de la cavité glénoïde, il faut changer la direction des manœuvres, et se conduire comme si la luxation était sans déplacement consécutif. La compression des vaisseaux axillaires, surtout si elle persiste quelque temps, détermine souvent l'engourdissement et l'œdème du membre ; ce dernier accident cède toujours, lorsque la luxation est réduite, à l'emploi d'un bandage compressif.

Desault regardait aussi l'étroitesse trop grande de l'ouverture de la capsule articulaire comme une véritable complication des luxations de l'humérus, circonstance que l'on ne peut que supposer, à cause du peu d'occasions que l'on a de vérifier ce fait par la dissection. Dans les deux cas qu'il cite à l'appui de cette opinion, la réduction n'avait pu d'abord être obtenue, malgré les efforts d'extension les mieux dirigés, tandis qu'on l'obtint très-facilement après avoir fait exécuter à l'humérus des mouvemens très-étendus, dans le but d'agrandir la déchirure de la capsule ; une fois ce chirurgien crut même avoir senti cette déchirure s'effectuer ; mais alors la difficulté de la réduction ne pouvait-elle pas tenir à une foule d'autres causes ? Le défaut d'observations cadavériques, nous force à n'admettre cette complication que comme problématique ; c'est, du reste, l'opinion que *M. Dupuytren* a émise dans sa Clinique à l'occasion d'une luxation, après laquelle le malade avait succombé à une hémorrhagie cérébrale, et chez lequel on trouva la capsule fibreuse largement ouverte a sa

partie inférieure, près de son insertion au col de l'humérus ; la tête de cet os pouvait traverser la déchirure sans la moindre difficulté. Cette opinion est aussi celle de M. *Astley Cooper* et de *Pott*.

Il me reste encore à parler des altérations que peuvent éprouver les vaisseaux axillaires, par l'effet de la contusion et de la distension ; j'ai déjà parlé des résultats de la compression. Je ne sache pas que jamais, par l'autopsie, on ait constaté l'existence d'altérations profondes dans la structure de ces vaisseaux produites par ces deux causes.

Tous les auteurs admettent cependant que la distension peut occasioner le développement de tumeurs anévrysmales ; la contusion n'est-elle pas dans le même cas ? Je pense même que c'est à cette altération primitive des parois artérielles que sont dus ces accidens formidables, qui ne se développent, à la vérité, que consécutivement, et le plus souvent par l'effet de causes déterminantes, tandis que l'altération première, résultat de la contusion, agit seulement comme cause prédisposante. C'est là du moins ce qu'on peut raisonnablement conclure de l'examen de quelques observations que j'ai consignées à la fin de cette dissertation.

J'ai passé en revue tous les accidens qui peuvent compliquer immédiatement les luxations de l'humérus. Voyons maintenant ceux qui sont consécutifs, c'est-à-dire ceux qui ne se développent que postérieurement à celle-ci, soit que la cause ait eu pour point de départ la lésion elle-même, soit qu'elle lui préexistât, ou bien encore qu'elle se fût développée consécutivement, à l'occasion des efforts de réduction ; et c'est ce dernier cas qui me semble être le plus commun. De là trois divisions : dans la première se retrouvent la plupart des complications que j'ai indiquées comme primitives, et qui secondairement produisent un autre ordre d'accidens, qui ne se développent, ou du moins n'apparaissent qu'après la réduction, bien que celle-ci puisse y être tout à fait étrangère. Tels sont : 1°. les paralysies générales du membre, suite de la contusion des nerfs du plexus brachial, paralysies souvent rebelles pendant bien long-temps à toute espèce de traitement, et souvent

accompagnées de l'œdème du membre (1). 2°. La paralysie spéciale du muscle deltoïde due à la contusion du nerf circonflexe, paralysie que l'on observe assez fréquemment, et qui n'est le plus souvent appréciable que lorsque toutes les autres fonctions du membre sont rétablies. 3°. L'inflammation des surfaces articulaires et l'ankylose qui en est la suite fréquente, surtout lorsque ces surfaces ont été contuses ou même fracturées, comme on en trouve un exemple dans l'ouvrage d'*Astley Cooper*; dans ce dernier cas, tous les mouvemens de l'articulation scapulo-humérale sont abolis; mais en même temps l'omoplate devient plus mobile, et rend au membre malade une partie de la mobilité qu'il perd d'un autre côté. 4°. L'hydarthrose, qui peut aussi être la suite lente de l'inflammation, bien que dans un grand nombre de cas elle survienne immédiatement après la réduction. 5°. L'apparition, au bout d'un certain temps, d'une tumeur anévrysmale dans le creux de l'aisselle, à l'occasion de quelque effort, et dont la cause première aura été la contusion qu'a soufferte l'artère axillaire dans sa luxation, contusion qui, en déterminant l'inflammation de ce vaisseau, l'a fortement disposé à se rompre sous l'influence de la cause la plus légère; c'est ce qui me semble pouvoir arriver pendant la réduction, bien que l'extension soit très-modérée. 6°. Enfin, l'ancienneté de la luxation, que je crois devoir aussi ranger dans cette division, et regarder comme une complication; c'en est une, en effet, assez fâcheuse, puisqu'elle rend la réduction toujours plus difficile, quelquefois même impossible, et que les tentatives qui sont faites pour l'obtenir sont fréquemment suivies d'accidens terribles.

La seconde division renferme toutes les complications qui recon-

(1) Dernièrement, à l'hôpital Saint-Louis, j'ai eu l'occasion de faire une observation de ce genre; et alors le peu d'efforts qui ont été employés pour obtenir la réduction ne pouvait laisser aucun doute sur la cause première de la paralysie, qui bien certainement a été due à la contusion qu'a éprouvé le plexus brachial de la part de la tête de l'humérus.

naissent pour cause première une lésion pathologique préexistant à la luxation. Ces dernières ont été sans doute fort rarement observées, et je ne sache pas qu'il en existe un seul cas bien constaté ; aussi je n'en parlerai ici que comme d'une chose possible. Lorsque les parois de artère axillaire sont le siège d'une altération quelconque , au moment où la luxation vient à être produite , cette altération ne doit-elle pas rendre la maladie plus dangereuse ? Et n'est-il pas possible que la rupture de ce vaisseau soit produite par cette luxation ? Une dilatation anévrysmale ne serait-elle pas augmentée , ou la poche ne pourrait-elle pas même être rompue ? Et dans chacun de ces cas, les accidens les plus graves n'en seraient-ils pas la suite nécessaire ?

La troisième division, enfin, comprend les complications qui résultent immédiatement de la réduction , et celles-ci sont , sans contredit, les plus graves ; elles ont été observées plusieurs fois, et méritent toute notre attention.

On les voit survenir surtout lorsque des efforts considérables ont été faits pour obtenir la réduction d'une luxation ancienne ; en effet, dans ces cas, la tête de l'os a souvent contracté des adhérences dans le lieu qu'elle occupe accidentellement ; les parties environnantes se sont condensées, et lui ont formé une nouvelle capsule, qui souvent procure le rétablissement presque complet des mouvemens, quoique la tête de l'humérus soit hors de sa cavité. Dans le troisième ordre d'accidens, je comprends les distensions plus ou moins fortes des nerfs et des vaisseaux, les déchirures des mêmes parties, et aussi celles des muscles et de la peau qui environnent l'articulation ; l'arrachement des nerfs à leur origine, qui a été observé une fois , tous accidens tellement importans qu'ils compromettent dans un grand nombre de cas la vie du malade , et qu'ils occasionent des infirmités toujours graves et souvent incurables.

Je pense donc que, s'il n'existait d'autres inconvéniens que la gêne des mouvemens, pour peu que la luxation fût ancienne, il faudrait éloigner du malade toute idée de réduction , et qu'un médecin

prudent , dans le même cas , devra toujours ne l'entreprendre qu'avec les plus grandes précautions , s'il ne veut s'exposer à compromettre à la fois la santé du malade et sa propre réputation : c'est ce conseil que donnent *Bell* et la plupart des auteurs anciens.

Cependant *Desault* , enhardi par sa propre expérience , tenta la réduction de luxation assez anciennes , et obtint le plus souvent un succès complet. Il rapporte qu'il en réduisit plusieurs qui dataient de quinze , vingt , trente et trente - cinq jours , quelques-unes même de deux mois et demi et trois mois , sans qu'aucun accident ait été la suite des extensions fortes et prolongées qu'il employait. Il recommandait de faire exécuter d'abord de grands mouvemens au membre , dans le but de détruire les adhérences que la tête de l'humérus avait contractées , et de produire ainsi , en quelque sorte , une nouvelle luxation , afin de replacer ensuite les surfaces articulaires dans leurs rapports primitifs , au moyen d'extensions bien ménagées et long-temps continuées. Dans le grand nombre de luxations anciennes , ainsi réduites par ce chirurgien , il ne lui arriva d'autres accidens que l'œdème qui suivit quelques réductions , et , dans un cas seulement , l'apparition subite d'une tumeur emphysémateuse dans le creux de l'aisselle.

Giraud rapporte aussi une observation de luxation de l'humérus , datant de plus de quatre mois , que *Jean Putot* réduisit par les moyens employés par *Desault* , et sans le moindre accident.

M. *Lisfranc* a communiqué à l'Académie une observation de luxation en avant de l'humérus , qui existait depuis cinq mois , et qu'il avait réduite avec succès et sans accident ; mais ces avantages obtenus par *Desault* et d'autres chirurgiens , qui , à son exemple , tentèrent la réduction de luxations anciennes , rendirent peut-être téméraires quelques praticiens , qui eurent plusieurs fois à se repentir d'avoir essayé de les imiter.

La distension et l'arrachement même des nerfs ont été quelquefois la suite de ces tentatives malheureuses , et ont toujours occasionné des

désordres considérables; dans quelques cas, la mort du sujet, ou des paralysies incurables, ainsi qu'il sera facile de le voir dans l'abrégé de quelques observations extraites du Mémoire de M. *Flaubert*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen (1). M. *Samuel Cooper* rapporte aussi plusieurs exemples d'accidens des plus graves, qui ont été produits par cette cause. M. *Astley Cooper* a vu, dans un cas, une paralysie complète du membre être la suite de la réduction d'une ancienne luxation.

1^{re}. OBSERVATION.

Une femme âgée de soixante-dix ans, d'un tempérament apoplectique, fit une chute sur le côté gauche, et se luxa l'humérus en bas. Cette luxation fut méconnue pendant cinq semaines : au bout de ce temps la malade se présenta à l'Hôtel-Dieu de Rouen, où, après avoir constaté parfaitement la luxation, trompé sur l'espace de temps écoulé depuis l'accident, on tenta de la réduire. Huit aides firent l'extension; à la seconde tentative la réduction fut opérée. Aussitôt, emphysème de la région sous-claviculaire, pâleur de la face, nausées, frissons, engourdissement du membre inférieur du même côté; peu après, la face devient livide, la bouche se dévie, et la malade perd tout à fait connaissance. Au bout d'une heure, à cette syncope succède un trouble notable de la vision, une vive céphalalgie; le bras du côté droit est presque entièrement privé de mouvement; la vessie est paralysée, et la mort survient au bout de dix-huit jours.

Autopsie cadavérique. Les attaches internes du muscle grand-pectoral sont presque détruites; tous les nerfs du bras sont réunis au niveau du creux de l'aisselle par un tissu cellulaire dense et ferme. On découvre vers les muscles scalènes les extrémités rompues des quatre derniers nerfs du plexus brachial; le premier n'a souf-

(1) Répertoire d'anatomie et de physiologie pathologique de M. *Breschet*, premier trimestre, 1827.

fert aucune altération. Ces nerfs ont été arrachés de la moelle à leur implantation , et l'on distingue à leur extrémité les filamens par lesquels ils prennent naissance. Les ganglions des racines postérieures n'ont subi d'autre changement que leur position vicieuse; ils se trouvent, en effet , libres en dehors de leur canal osseo-fibreux. Le cerveau et ses membranes sont intacts; la dure-mère rachidienne est d'un rouge brun; l'arachnoïde est injectée dans sa portion cervicale, et la moelle offre postérieurement une rangée de points blanchâtres qui correspondent à l'implantation des sixième, septième, huitième paires cervicales et première dorsale, qui ont été arrachées. La moelle a augmenté de volume dans la partie correspondante, et est réduite en une espèce de bouillie d'un brun rougeâtre; une injection vasculaire très-prononcée existe aux environs. Le reste de la moelle est sain.

II°. OBSERVATION.

Une femme âgée de soixante-quatre ans , d'une bonne constitution, se luxa en bas l'humérus droit; la luxation ne fut reconnue qu'au bout de sept semaines , lorsque la malade vint se présenter à M. *Leudet*, demandant avec instance que l'on opérât la réduction; malgré toutes les observations qu'on pût lui faire pour l'en détourner, elle persista dans sa résolution. L'extension fut faite par cinq aides. Une première tentative, de sept minutes , resta infructueuse; dans une seconde , un peu moins longue , la réduction fut opérée. Pendant l'extension , la malade dit avoir ressenti à la partie interne du poignet une sorte de rupture, suivie d'un frémissement qui s'étendait à tout le bras; immédiatement après, hémiplegie droite sensibilité obscure, bruissement dans la tête. On pensa qu'il s'était fait un épanchement dans le cerveau. L'hémiplegie a cédé au traitement qu'on lui a opposé; mais la malade conserve une paralysie incomplète avec légère atrophie du membre supérieur de ce côté.

III^e. OBSERVATION.

Un homme de cinquante ans , bien constitué , se luxa en bas l'humérus du côté gauche : cette luxation ne fut reconnue qu'après quinze jours ; on tenta aussitôt de la réduire. L'extension , pratiquée par trois aides , fut d'abord infructueuse ; six aides la pratiquèrent sans plus de succès. On fit alors une forte saignée , et de nouveaux efforts amenèrent un engourdissement subit de tout le membre inférieur de ce côté. On cessa dès-lors toute tentative , dans la crainte d'une paralysie complète ; des douleurs très-vives et une paralysie partielle du membre supérieur furent la suite de ces malheureuses tentatives : cette dernière infirmité résista à tous les moyens curatifs mis en usage pour la combattre , et fut attribuée à une déchirure de quelques nerfs du plexus brachial.

IV^e. OBSERVATION.

Delaval , journalier , âgé de quarante ans , d'une bonne constitution , se luxa l'humérus gauche dans une chute qu'il fit étant ivre. Il fut apporté à l'hôpital Saint-Louis , et l'interne de garde réduisit la luxation avec facilité. Le bras fut placé dans une écharpe ; mais le lendemain on s'aperçut que tout le membre était complètement paralysé ; la sensibilité cependant persistait. M. *Richerand* prescrivit , au bout de quelques jours , des frictions sur tout le membre avec un liniment ammoniacal , et l'application d'un vésicatoire au-dessus de la clavicule ; cependant depuis deux mois la paralysie persiste au même degré. Aujourd'hui ce malade , qui est encore dans l'hôpital , commence à fléchir un peu le poignet ; le membre est œdématié , et sa température remarquablement moindre que celle du membre du côté opposé ; tout porte à croire que , dans ce cas , le plexus brachial a été fortement contus.

Telles sont , parmi celles que je connais , les observations les plus remarquables de lésions des nerfs produites par arrachement , distension , ou contusion.

On voit que, dans tous ces cas, des efforts considérables ont été faits pour obtenir la réduction; chez les deux malades chez lesquels elle a été obtenue, on a vu survenir les accidens les plus graves; chez le troisième, des accidens semblables se fussent très-probablement développés, si l'on n'eût cessé à temps les efforts d'extension; et même, malgré cela, ce malade resta presque entièrement privé de l'usage de son membre.

Mais la quatrième observation est surtout très-remarquable, parce que la luxation était récente, le malade ivre, et que, pour ces raisons, les parties ont dû être et ont été, en effet, très-facilement replacées dans leur situation normale; aussi les accidens qui se sont développés ont-ils été tout à fait indépendans de la réduction, et ne peuvent-ils être attribués qu'à la contusion des rameaux nerveux de l'aisselle.

Examinons maintenant quels sont les accidens qui peuvent être produits par la rupture ou la déchirure de l'artère axillaire, lésions observées plusieurs fois, et qui, dans tous les cas, ont donné lieu à des accidens presque au-dessus des ressources de l'art, comme on pourra le voir dans les trois observations suivantes, et dans celle que *Petit* a rapportée, dans laquelle la réduction a été suivie d'un anévrysme de l'artère axillaire.

1^{re}. OBSERVATION (1).

Sangton, âgé de trente-cinq ans, constitution athlétique, se présenta à M. *Gybn*, professeur de chirurgie à l'université de Pensylvanie, neuf semaines après avoir éprouvé une luxation de l'humérus, et après avoir subi quatre tentatives de réduction, toutes infructueuses, quoiqu'une force très-considérable ait été employée. Il fut de suite soumis à un régime débilitant, saigné, purgé, et tenu à une diète légère pendant cinq jours. L'épaule fut frottée chaque jour avec de

(1) Bibliothèque médicale, décembre 1828.

L'huile , et on lui fit exécuter des mouvemens étendus dans diverses directions. Au bout de ce temps , de nouvelles tentatives furent faites , au moyen de poulies , à deux reprises différentes , mais tout à fait inutilement. On tira deux livres de sang sans déterminer de syncope ; douze grains d'émétique dans quatre onces d'eau furent administrés dans le but de la produire , et n'amènèrent que quelques nausées. Les efforts de réduction furent repris , tantôt au moyen de poulies , tantôt en plaçant le talon dans le creux de l'aisselle , suivant la méthode de M. *Astley Cooper* , et en variant la position du sujet. Enfin , après deux heures de tentatives , la réduction fut opérée. Le malade , remis dans son lit , se plaignit d'une grande faiblesse , d'engourdissemens , d'excoriations dans le lieu où les bandes avaient été appliquées. Il fut ensuite fortement purgé par l'émétique qui avait été administré. Le lendemain , l'épaule était considérablement tuméfiée ; on y sentait quelques pulsations dans le point le plus saillant. Le surlendemain , l'existence d'un anévrysme n'offrait plus aucun doute , et la tuméfaction augmentait rapidement ; le soir même , la ligature de la sous-clavière fut faite à sa sortie des scalènes. Le malade succomba , quelques jours après , à un érysipèle phlegmoneux terminé par gangrène. Les pulsations n'avaient reparu ni dans la tumeur , ni dans l'artère radiale.

A l'ouverture du cadavre , on trouva un sac anévrysmal formé aux dépens de la tunique externe de l'artère , qui adhérait à la tête de l'humérus , de telle sorte qu'il était impossible d'opérer le déplacement de cet os sans déchirer le vaisseau. La cavité glénoïde était brisée , et un fragment avait été entraîné avec la tête de l'humérus , à laquelle il adhérait par un trousseau fibreux ; la grosse tubérosité était également brisée à sa base. La tête de cet os ne reposait pas sur la cavité glénoïde , mais elle était logée dans une cavité de nouvelle formation , sur une couche fibreuse épaisse , en bas et en dedans de la cavité articulaire normale , immédiatement en contact avec la poche anévrysmale ; celle-ci était rompue en arrière , et une large infiltration sanguine en était résultée ; la ligature avait été bien faite.

II°. OBSERVATION.

Nicolas Lebreton, âgé de cinquante-sept ans, adonné aux liqueurs alcooliques, fit une chute, le bras fortement porté en arrière, et se luxa l'humérus gauche. La luxation fut d'abord méconnue. Entré à l'hôtel-Dieu de Rouen, onze jours après l'accident, on reconnut une luxation en avant. Le membre était médiocrement gonflé; il existait une large ecchymose; la main et l'avant-bras paraissaient plus froids que du côté opposé; la tête de l'os était facilement sentie sous le grand pectoral. M. *Leudet*, chirurgien en second, procéda de suite à la réduction. Le laq destiné à la contre-extension fut attaché à un point fixe, et huit aides pratiquèrent l'extension suivant les règles de l'art.

Dans la première tentative, la tête de l'os fut déplacée et amenée dans le creux de l'aisselle; la direction de l'extension étant alors changée, une seconde tentative suffit pour faire rentrer la tête de l'humérus dans sa cavité. A peine cette opération était terminée, que le visage du malade devint pâle, se couvrir de sueurs; les yeux parurent éteints, les lèvres livides; un gonflement énorme se manifesta sous les muscles pectoraux. Les efforts qui avaient été faits, bien que considérables, ne paraissant pas de nature à expliquer une rupture d'artère, M. *Leudet* pensa avoir affaire à un emphysème, comme dans le cas cité par *Desault*. Les autres symptômes furent attribués à une syncope; d'ailleurs ils ne tardèrent pas à se dissiper; la tumeur seule persista, et fut recouverte de compresses imbibées de liqueurs résolutives; les douleurs furent très-vives jusqu'au lendemain, où la pâleur de la face, le refroidissement du membre, sa couleur violacée, l'accroissement de la tuméfaction et des pulsations devenues sensibles même à la vue, ne permettent plus de douter de la rupture de l'artère axillaire. MM. *Flaubert* et *Leudet* pensèrent que le mauvais état des parties environnantes et la faiblesse extrême du malade ne permettaient pas de songer à la ligature du vaisseau, seul moyen qui pût offrir quelques chances de succès; aussi leur prognos-

tic fut-il extrêmement fâcheux. Le membre fut entouré de résolutifs ; la peau devint froide et brune ; des phlyctènes s'y développèrent ; le sphacèle marcha rapidement. Une ouverture située au-dessous du creux de l'aisselle fournit une hémorrhagie , qui fut arrêtée par le tamponnement ; le malade succomba peu de jours après. A l'ouverture du cadavre, le muscle grand pectoral paraît complètement détruit à sa partie moyenne , le petit pectoral est intact ; la portion coracoïdienne du muscle biceps est déchirée en haut ; tous les muscles de la région scapulo-humérale sont ecchymosés , et tout l'espace axillaire est rempli de sang moitié fluide et moitié coagulé ; l'artère axillaire est rompue en travers, un peu au-dessus de la naissance de la scapulaire commune ; les lèvres de la déchirure présentaient des petits points durs , et comme osseux ; le bout supérieur est adhérent à la première côte à l'aide d'un tissu cellulaire serré ; il paraît être aussi un peu rétréci ; la deuxième côte est légèrement érodée.

III^e. OBSERVATION.

Une homme âgé de soixante ans, d'une forte constitution, se luxa l'épaule droite, en tombant du haut d'une échelle ; la réduction fut opérée sans beaucoup de difficultés, puisqu'il paraît qu'un seul aide suffit pour faire l'extension. Pendant les quinze jours qui suivirent, on n'observa rien de remarquable ; le bras fut tenu immobile, fixé contre le tronc ; mais à cette époque le bandage ayant été enlevé, une tumeur d'abord peu volumineuse apparut dans le creux de l'aisselle, et fut prise, par le chirurgien qui donnait des soins à ce malade, pour une glande engorgée, la tuméfaction augmenta chaque jour, et s'étendit bientôt à toute l'épaule ; ce fut à cette époque qu'eut lieu l'entrée du malade à l'hôpital Beaujon, le 18 janvier 1850.

Alors le grand pectoral est soulevé par une tumeur arrondie, fluctuante, du volume des deux poings ; la main, appliquée sur cette tumeur, y sent des pulsations obscures, qui paraissent isochrones aux contractions du cœur ; tout le membre offre une teinte jaunâtre ; une

large ecchymose s'étend au loin autour de l'aisselle; le pouls est inappréciable de ce côté; la température du membre est diminuée, et toute sensibilité est abolie dans les deux tiers inférieurs de la même partie; dès-lors on établit le diagnostic suivant : *tumeur formée par un épanchement de sang provenant de la lésion de l'artère axillaire.*

Au bout de quelques jours, l'état du malade n'a encore offert aucun changement; on observe seulement que plusieurs doigts sont noirs à leur extrémité; l'avant-bras offre une teinte bleuâtre, et présente plusieurs phlyctènes. Le malade se plaint de douleurs vives qui l'empêchent de dormir. Le pouls est un peu accéléré; le sphacèle s'étend peu à peu, et la tuméfaction de l'épaule augmente. Jusqu'au 24, la gangrène semble bornée aux doigts; les douleurs dans la partie supérieure du membre sont toujours très-vives. (On prescrit des fomentations avec un liniment camphré, sur les parties menacées de gangrène.) Pendant plusieurs jours les symptômes locaux éprouvent peu de changement; l'état général n'est pas très-altéré. Le 26, on met en question l'amputation du bras dans l'article; mais l'âge avancé du malade, et le peu de chance de succès d'une aussi grande opération, pratiquée sur des parties infiltrées de toutes parts de sang altéré, font renoncer à ce projet. On entoure alors le membre avec des compresses imbibées d'alcool camphré. Les jours suivans, le sphacèle s'étend, et envahit successivement la main et l'avant-bras, qui exhalent bientôt une odeur fétide. Les douleurs du moignon de l'épaule sont toujours très-fortes; du reste, la physionomie est peu altérée, l'appétit assez bon; le pouls est lent. Cet état persiste jusqu'au 5 février : alors commence à se manifester une légère diarrhée, et un peu de délire vers le soir.) On prescrit de la décoction blanche avec sirop diacode $\frac{3}{4}$ ℞.) Peu de jours après, des escharres gangréneuses se détachent de la main et de l'avant-bras; l'œdème envahit tout le côté droit du tronc, même le membre inférieur correspondant. Le délire et la diarrhée continuent; la langue se salit, le pouls devient petit, la peau est sèche et aride, sans augmentation de chaleur; la physionomie s'altère; le délire, qui d'abord ne venait que le soir, est presque

continuel. La tumeur est luisante ; l'épiderme qui la recouvre se soulève dans quelques points ; la fluctuation y est très-manifeste ; des gaz se développent dans son intérieur et dans ses parois ; par la plus légère pression on y détermine une crépitation très-apparente. Tous ces symptômes s'aggravent de plus en plus jusqu'au 26, et le malade succombe pendant la nuit.

Autopsie cadavérique. La peau et le tissu cellulaire étant enlevés, comme pour préparer le muscle grand pectoral, ce muscle paraît soulevé et en quelque sorte disséqué par du sang épanché ; presque toutes ses attaches internes, sternales ou costales sont rompues ; au-dessous de lui existe une énorme quantité de sang noir demi-liquide et demi-coagulé ; le petit pectoral est totalement réduit en putrilage, ainsi qu'une partie du coraco-brachial et de la courte portion du biceps. L'artère axillaire, difficile à distinguer au milieu de ce désordre, est découverte à sa sortie des muscles scalènes, et suivie avec soin jusqu'au milieu de l'aisselle, où elle est entièrement rompue ; des caillots remplissent son bout supérieur, qui déjà a diminué de volume, et qui tend évidemment à s'oblitérer ; on trouve la même disposition dans le bout inférieur. On ne remarque dans les parois de ce vaisseau aucune ossification ; la veine axillaire est restée intacte, ainsi que les nerfs du plexus brachial ; ces nerfs sont seulement noirâtres par suite de la macération qu'ils ont éprouvée dans le sang à demi putréfié au milieu duquel ils baignent. La capsule fibreuse de l'articulation est tout à fait détruite ; les surfaces articulaires sont macérées et livides ; ces surfaces sont tellement éloignées l'une de l'autre qu'il est difficile de voir si la luxation avait été ou non complètement réduite ; la plèvre du côté droit est aussi colorée comme par imbibition, dans le point correspondant à la tumeur ; les poumons sont sains, et baignent dans une assez grande quantité d'une sérosité limpide. Le cœur est mou, et ses cavités gauches sont un peu dilatées.

L'estomac et l'intestin grêle sont pâles à l'extérieur et à l'intérieur ; la membrane muqueuse du gros intestin est rouge dans toute son étendue, surtout dans le cœcum et l'S du colon. Les autres organes n'ont offert aucune altération.

Dans la première de ces observations , la luxation datait de deux mois et demi environ ; la réduction fut très-laborieuse , et une force considérable a été employée , à l'aide de machines , à deux reprises différentes. On conçoit donc facilement comment ont pu être produites les lésions graves qui en ont été la suite. Il serait possible que les premières tentatives eussent déterminé la formation d'un anévrisme mixte externe, par la rupture des tuniques interne et moyenne de l'artère axillaire, et que les parois de cette tumeur ayant contracté des adhérences avec la tête de l'humérus, comme on l'a constaté après la mort, les derniers efforts aient suffi pour déterminer la rupture de la poche anévrysmale.

Dans la seconde observation, la maladie ne datait que de onze jours; et il me semble que les efforts de réduction , quoique considérables , n'ont pas été de nature à expliquer la rupture de l'artère; tout porte à croire que dans ce cas les parois de ce vaisseau avaient été altérées par la compression et la contusion , qui en même temps en avaient déterminé l'adhérence à la première côte, comme on l'a observé à l'autopsie.

Enfin, dans la dernière observation , il est assez difficile de préciser quelle a dû être la cause première de la lésion observée : les efforts modérés qu'a nécessité la réduction , ou la violence qui a produit la luxation , ne sont guère suffisans pour l'expliquer , si, comme on n'en saurait douter , les renseignemens donnés par le malade ont été véridiques. Au moment de la réduction , en effet , cette luxation était toute récente ; et il arrive tous les jours que des efforts bien autrement considérables que ceux qui ont été exercés sont employés dans les mêmes circonstances , sans qu'il en résulte aucun accident. Il faut donc admettre , dans ce cas , une maladie antérieure de l'artère, maladie qui aurait amené une telle dégénérescence de ses parois , que sous l'influence de la plus légère extension elle se serait rompue.

Ne serait-il pas possible aussi d'admettre que la violence qui a produit la luxation a été en même temps la cause d'une contusion de l'artère axillaire, contusion qui, dans ce cas , aurait occasionné l'in-

inflammation de ce vaisseau ? Et , comme on sait avec quelle facilité s'opère la rupture d'une artère enflammée , il est aisé de concevoir que l'extension nécessaire à la réduction , bien que peu grande , ait cependant suffi à la production des désordres qui ont été observés.

Je serais d'autant plus porté à admettre l'explication précédente , que chez ce sujet tout le système artériel était exempt d'ossifications et de ces autres dégénérescences , si communes chez les vieillards , et qui communiquent aux artères une si grande fragilité.

De tels faits , sans doute , sont de nature à jeter quelques craintes dans l'esprit de l'opérateur qui est sur le point de réduire une luxation ; mais ces craintes cependant doivent avoir de justes bornes , surtout elle ne doivent point aller jusqu'à empêcher de mettre en usage les moyens propres à replacer les parties dans leur état normal. Loin de moi l'idée de tirer des observations que je viens de rapporter , une semblable conclusion ; j'ai voulu seulement montrer d'une manière positive , ce que d'ailleurs beaucoup d'auteurs ont déjà dit long-temps avant moi , c'est-à-dire qu'en fait de réduction de luxations , l'emploi de forces extensives très-considérables est un abus des plus graves ; et qu'entre cet excès , et celui dans lequel tomberait un chirurgien qui abandonnerait toutes les luxations à elles-mêmes , il est un juste milieu , duquel un homme instruit et prudent ne doit jamais s'écarter. On conçoit aussi , d'après ces faits , jusqu'à quel point devait être nuisible l'emploi des mouffles et des autres moyens mécaniques usités autrefois , toutes choses dont les forces ne pouvaient être ni dirigées , ni mesurées par le chirurgien.

Toutes ces remarques sont surtout applicables aux luxations anciennes , et à celles qui sont accompagnées d'un gonflement et d'une inflammation considérables ; en effet , dans ces divers cas , pour obtenir la réduction , ou bien il est nécessaire d'employer une violence très-grande , ou bien les efforts extensifs les plus légers peuvent déterminer la rupture des vaisseaux et des autres parties molles que l'inflammation a rendus excessivement fragiles.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis , ars longa , occasio præceps , experientia fallax , judicium difficile. *Sect. 1 , aph. 1.*

II.

A peripneumonia phrenetis , malum. *Sect. 7 , aph. 12.*

III.

Ex vulnere convulsio lethalis. *Sect. 5 , aph. 2.*

IV.

Ex sanguinis sputo , puris sputum , malum. *Sect. 7 , aph. 15.*

V.

Si mulieri cessent menstruæ , nec febris , nec rigor illi superveniet , sed in cibi fastidium incidat , judica ipsam concepisse. *Sect. 5 , aph. 61.*

VI.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones , neque mortis , neque sanitatis. *Sect. 2 , aph. 19.*

Vita brevis, ars longa, occasio parva, sepulchrum breve, per
dilectum dicitur. Sect. 1. w. 1.

II

A peripneumonia pharyngitis, malum Sect. 7. w. 1.

III

Ex vinctore convulsio totialis, Sect. 3. w. 1.

Ex sanguinis spatio, pars spatium, malum, Sect. 7. w. 1.

Si mulier, esset masculina, nec febris, nec rigor illi observetur,
sed in tibi fastidium facilius, indicia ipsam conueniunt. Sect. 3. w. 1.

VI

Stomachus acutiorum non omnino talis, sicut peritiam, quia
moros, neque tantum. Sect. 2. w. 1.